ESSAI

SUR

LA PLEURÉSIE AIGUË.

DISSERTATION

Présentée et publiquement soutenue

à la Faculté de Médecine de Montpellier,

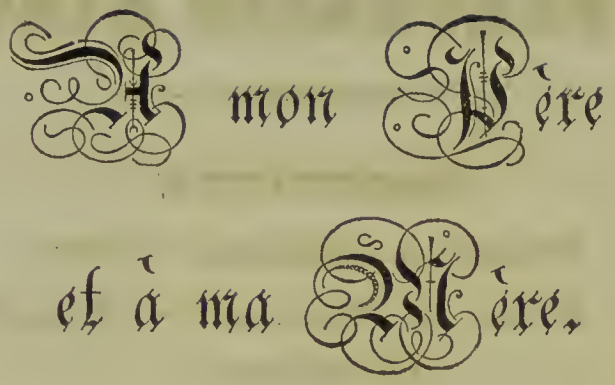
le 31 Mars 1837;

PAR

Auguste-Ferdinand-Barthélemi DAUSSAT;
de Nismes (*Gard*).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Montpellier.
Imprimerie et Lithographie de BOEHM et Ce, boulevard Jeu-de-Paume.
1837.



A.-F.-B. DAUSSAT.

ESSAI

SUR

LA PLEURÉSIE AIGUË.

L'INFLAMMATION des plèvres a été long-temps confondue avec celle du parenchyme pulmonaire. Arétée, Paul d'Ægine, Alexandre de Tralles assignèrent en vain à la pleurésie son véritable siége. Leurs successeurs, peu versés dans la culture de l'anatomie, revinrent à l'ancienne opinion d'Hippocrate, et confondirent la pleurésie avec la pneumonie. Quoique ces deux affections soient souvent liées ensemble, l'anatomie pathologique et la découverte de l'auscultation n'ont plus laissé de doutes sur la nature et le siége de ces deux maladies. La *pleurésie* sera donc pour nous l'inflammation de la plèvre; nous réserverons le nom de *pneumonie* à l'inflammation des poumons, et celui de *pleuro-pneumonie* à l'inflammation des deux organes à la fois.

Division de la pleurésie. — La pleurésie peut être différenciée en aiguë ou chronique, suivant sa durée; en simple ou double, suivant qu'elle occupe un seul ou les deux côtés de la poitrine; en partielle ou circonscrite, inter-lobulaire, costo-pulmonaire et diaphragmatique, suivant son siége; elle peut aussi exister sans douleur et constituer une pleurésie latente. Quelques médecins ont admis une pleurésie bilieuse (Stoll). Sous le rapport de l'anatomie pathologique, elle est accompagnée ou non d'épanchement, adhésive, ou pseudo-membraneuse, séreuse, purulente. Sous le rapport des causes qui la produisent, elle est primitive, consécutive ou traumatique.

ÉTIOLOGIE.

Causes prédisposantes. — De même que la nature donne à chaque individu un tempérament qui lui est propre; de même aussi elle se rend plus susceptible de contracter telle affection plutôt que telle autre. C'est ainsi que la phthisie est le triste apanage d'une constitution lymphatique et scrofuleuse, et que la pleurésie est de toutes les phlegmasies celle qui atteint le plus fréquemment les individus jeunes, pléthoriques, qui s'exercent beaucoup. Ces derniers y seront d'autant plus exposés, s'ils ont une poitrine étroite et disproportionnée au reste de leur corps. A ces causes nous ajouterons certaines professions, la présence de tubercules pulmonaires, toute inflammation déjà existante, que l'on peut regarder comme un stimulus toujours en action, qui dispose le corps à en contracter une seconde.

Causes occasionelles. — Hippocrate avait remarqué que la pleurésie se déclarait plus fréquemment en hiver par un vent froid du nord-est, et au printemps, quand une température très-chaude remplaçait une gelée piquante. C'est alors qu'une boisson prise froide, quand le corps est échauffé, que toute suppression brusque de sueur ou d'une évacuation habituelle deviennent une cause de pleurésie.

Causes pathologiques. — La pleurésie succède souvent à la pneumonie lobulaire, à la rupture d'une caverne tuberculeuse, à la gangrène du poumon, au cancer des mamelles, à la carie des côtes, du sternum, à certaines affections des viscères de l'abdomen. Chez les enfans, on l'observe souvent à la suite d'une maladie éruptive; elle est alors presque toujours latente.

Causes traumatiques. — Dans cet ordre de causes nous placerons les percussions et contusions du thorax, quelle qu'en soit la cause; les efforts violens qui suspendent la respiration; les quintes de toux convulsives; les perforations du diaphragme par un abcès qui s'était formé dans la cavité abdominale; les solutions de continuité du poumon à la surface extérieure, d'où résulte une libre communication entre les bronches et la cavité de la poitrine; enfin, les opérations majeures, comme les amputations, sont aussi très-souvent suivies de pleurésie aiguë.

L'inflammation de la plèvre peut avoir un début plus ou moins caché, prendre naissance pendant le cours d'une autre maladie, acquérir dans peu de temps une grande intensité, passer à l'état obscur ou latent, et échapper par les formes qu'elle revêt, aux recherches de l'observateur. On ne saurait donc trop attacher d'importance à son diagnostic; car, sans un diagnostic exact, la thérapeutique ne repose que sur des bases incertaines, et le médecin peut tomber dans des erreurs graves qui compromettront la vie de son malade.

Ordinairement la pleurésie débute par un sentiment de malaise général et de lassitude; des frissons vagues parcourent les différentes régions du corps. La tête est douloureuse; la face rouge et animée; les yeux larmoyans et injectés; la couleur de la langue variable, le plus souvent rouge ou couverte d'un enduit jaunâtre. La peau est chaude et sèche; la fièvre se déclare, augmente à proportion de l'intensité de l'inflammation; le pouls est dur, fort et développé, quelquefois petit, concentré. Une douleur pongitive augmentant par la pression, se fait ressentir dans l'un des côtés de la poitrine. La respiration devient difficile et précipitée. Le décubitus a lieu sur le côté sain, tant que la douleur existe; quand elle a disparu, il a lieu sur le côté malade. Il survient une toux rare, sèche, peu forte, accompagnée d'une matière d'abord claire en petite quantité, parfois mêlée de stries de sang, ensuite plus épaisse et filante; dans quelques cas il n'y a pas d'expectoration. Le côté malade ne se dilate plus; de là l'immobilité des côtes. Les urines deviennent rares et plus ou moins rouges; les lésions des fonctions digestives sont les mêmes que dans les autres phlegmasies. Dans quelques circonstances, on remarque du délire, des rêvasseries et de l'assoupissement. On observe le plus ordinairement dans la pleurésie des paroxysmes très-marqués, qui ont lieu surtout le soir ou pendant la nuit. La durée commune de cette maladie est de huit à quinze jours; sa terminaison variable. A ces symptômes nous devons ajouter deux signes presque toujours constans, fournis par l'auscultation : l'absence plus ou moins complète de la respiration; l'apparition, la disparition et le retour de l'égophonie. En effet, si, au début de la maladie, on applique le stéthoscope sur les différentes régions de la poitrine, on s'aperçoit que la respiration s'affaiblit par degrés, et finit par n'être plus perceptible, si ce n'est

le long de la colonne vertébrale, au sommet du poumon et derrière l'omoplate. Cet état persiste tant que l'épanchement n'a point été en partie ou en totalité résorbé; ensuite il diminue peu à peu, et la respiration commence à se percevoir dans les endroits qu'elle avait abandonnés les derniers. Si on fait parler le malade, le stéthoscope toujours appliqué sur la poitrine, on entend une voix toute particulière, que Laennec a nommée chevrotante (*égophonie*) (1). La présence d'une certaine quantité de liquide qui ne remplisse pas cependant toute la poitrine, est une condition nécessaire pour que ce phénomène ait lieu.

L'usage du stéthoscope demande un long exercice, et ne serait, entre des mains inhabiles, qu'une source d'illusion et d'erreur, en faisant regarder comme des cas pathologiques, des phénomènes en harmonie avec l'état de santé. Pour éviter, autant que possible, ces erreurs, il faut examiner successivement les deux côtés de la poitrine, afin de mieux comparer et de saisir les différences qu'ils présentent. On ne doit point oublier que le bruit respiratoire varie en raison des positions que peut prendre le poumon refoulé, et que, quelque considérable que soit l'épanchement entre les poumons et les côtes, les différens râles peuvent s'entendre, quand les bronches sont remplies de mucosités.

Aux signes physiques qui viennent d'être indiqués, on peut ajouter les suivans, qui sont d'une grande valeur. C'est M. Reynaud qui, le premier, les a fait connaître. Je crois ne pouvoir mieux faire, que de transcrire ici textuellement ses propres paroles. « L'absence plus ou moins complète des vibrations des parois torachiques perçues par la main appliquée contre elles au moment où le malade parle, est l'indice certain, quand elle n'a lieu que d'un côté, qu'un épanchement pleurétique plus ou moins abondant existe dans ce même côté. Cette exploration ne nécessite point que le malade soit assis, ni découvert. L'appréciation de la différence existant sous ce rapport dans les deux côtés de la poitrine, peut faire reconnaître la quantité du liquide épanché, et cette même appréciation, faite à diverses hau-

---

(1) L'égophonie peut être distinguée en égophonie d'invasion, quand on l'observe dans les premiers jours de la pleurésie, et en égophonie de retour, quand elle a lieu à la fin et qu'elle annonce la résorption de l'épanchement.

teurs dans le côté affecté, permet souvent de reconnaître celle à laquelle il s'élève et de déterminer son niveau. »

La percussion, l'auscultation immédiate, la mensuration sont encore autant de moyens dont on peut se servir pour arriver au diagnostic de la pleurésie.

EXAMEN DES DIFFÉRENS SYMPTOMES DE LA PLEURÉSIE.

Les signes les plus évidens et les plus caractéristiques de la pleurésie, comme le point pleurétique, la dypsnée, la fièvre, la toux sèche, accompagnée de crachats glaireux, etc., ne sont pas toujours certains ou pathognomoniques, puisque, d'un côté, ils peuvent exister sans que la plèvre soit enflammée, et que, de l'autre, l'inflammation de cette membrane peut s'établir sourdement sans les produire.

Percussion. — La percussion nous offre un résultat bien positif, lorsqu'elle présente un son mat sur l'un des côtés thorachiques ; mais ce n'est que vers une époque assez avancée de la maladie, et lorsqu'il y a un épanchement de formé. Encore à cette époque ne peut-on décider si l'absence du son est due à une pleurésie ou à une pneumonie, à moins que la douleur latérale n'ait été bien vive et bien tranchée.

Auscultation médiate. — Suivant Laennec, une grande diminution ou l'absence totale du bruit de la respiration interrogée par le moyen de son cylindre, l'apparition, la disparition et le retour de l'égophonie indiquent, d'une manière positive, l'existence d'une pleurésie.

Douleur. — La douleur pleurétique a été regardée par tous les médecins, comme un symptôme important, à cause de son existence à peu près constante dans toute espèce de pleurésie. Elle est vive, lancinante, augmente par la toux, et pendant les mouvemens du thorax que nécessite l'acte respiratoire ; son siége est ordinairement au-dessous d'un des seins. Cette douleur disparaît complétement avant la fin de la maladie. Broussais a observé qu'elle manquait quelquefois, surtout si, dès le moment de l'invasion, l'inflammation occupe toute la plèvre. Alors, il n'y a souvent pas de point douloureux et circonscrit ; la douleur est ob-

tuse et occupe différentes parties de la poitrine ; quelquefois elle abandonne le côté où elle s'était d'abord fixée , pour se porter sur un autre. Morgagni cite un cas dans lequel les traces de l'inflammation furent trouvées, après la mort , au côté opposé où la douleur avait existé pendant toute la durée de la pleurésie.

Les douleurs qu'éprouvent les phthisiques à la partie supérieure de la poitrine , doivent être rapportées à des pleurésies partielles qui se déclarent dans cet endroit. Aussi rencontre-t-on presque toujours à l'ouverture des cadavres de ces individus , des brides qui unissent les plèvres pulmonaires et costales. Dans la plupart de ces cas, la présence de tubercules a causé cette inflammation. Lorsque la séreuse du cœur partage l'irritation de la plèvre , la douleur est très-vive à la région précordiale et l'anxiété extrême.

Fièvre. — Dans la pleurésie , la fièvre est presque toujours continue , avec paroxysmes ; revêt quelquefois le type intermittent , ataxique, adynamique ou pernicieux ; précède souvent le point de côté de deux ou trois jours. Dans un seul cas peut-être , a dit M. Broussais , elle peut ne pas exister : c'est quand une péricardite coïncide avec une pleurésie ; elle est alors nulle ou très-peu intense. Ces pleurésies , ainsi déguisées , sont ordinairement accompagnées d'un abattement extrême , et deviennent d'autant plus dangereuses , qu'elles sont souvent inaperçues.

Décubitus. — Nous l'avons déjà dit, lorsqu'un des points de la poitrine devient douloureux , le malade évite le décubitus sur cette partie. Il se tient sur le dos ou sur le côté sain ; mais , quand la douleur n'existe plus , il préfère reposer sur le côté malade. Si une pleurésie double se déclare, l'oppression devient extrême ; le malade s'agite sans cesse , prend toutes sortes d'attitudes , et, ne se trouvant soulagé par aucune d'elles , il se tient sur son séant et incline plus ou moins le tronc en avant. Ce dernier symptôme est surtout remarquable, quand l'inflammation a envahi la plèvre diaphragmatique.

Respiration. — La respiration varie suivant l'intensité du point douloureux , les périodes de la maladie , la quantité de l'épanchement et une foule d'autres circonstances. Dans le début, elle est courte , fréquente; le malade répond brièvement aux interrogations qu'on lui fait. En général,

plus la respiration est accélérée, plus la fièvre est intense. Dans la période d'absorption, la dypsnée devient de moins en moins grande. Andral cite plusieurs observations dans lesquelles la dypsnée était nulle, quoiqu'un épanchement considérable existât dans la poitrine. Ces cas sont rares et ne s'observent que chez des individus affectés de pleurésie chronique.

Toux. — La toux n'offre rien de bien caractéristique. Elle manque quelquefois ; quand elle existe, elle est petite, sèche, fréquente, et n'a jamais lieu par quintes ; les violentes secousses qu'elle imprime au malade, font qu'elle a toujours lieu contre sa volonté.

Crachats. — Dans la première période de l'inflammation, les crachats sont semblables à ceux de la bronchite ; ils sont clairs, glaireux, incolores, parfois striés de sang ; plus tard, ils deviennent plus abondans et plus épais. On a dit que leur odeur fétide, alliacée, semblable à celle de l'hydrogène phosphoré, pouvait faire présumer qu'ils provenaient de l'épanchement qui s'était créé une voie jusqu'aux bronches. Ce doute se convertira en réalité, si le malade vient à rejeter tout à coup une grande quantité de liquide.

Durée de la pleurésie. — Elle varie suivant qu'elle est simple, idiopathique, symptomatique (*pleurésie bilieuse*), ou qu'elle constitue une complication, etc., etc. Arétée pense que les pleurésies aiguës guérissent dans sept jours ou dans quatorze jours (1). Nous pensons, comme cet excellent Observateur, que le terme moyen de la pleurésie aiguë est de huit à quinze jours, et que, si elle dure plus long-temps, elle a passé à l'état de chronicité.

Altérations des diverses fonctions de l'économie. — Les fonctions de l'économie sont plus ou moins altérées dans leurs exercices. Le cerveau peut être le siége d'une congestion, ses membranes peuvent s'enflammer, et, par suite, le délire survenir, surtout dans les pleurésies sur-aiguës et chez des individus irritables. L'urine est rare, troublée; la peau chaude et sèche ; la transpiration nulle, à moins qu'une crise par les sueurs ne survienne; la digestion est pervertie; le sang tiré de la veine

(1) Voyez Arétée, livre Ier, chap. 10.

présente une couenne inflammatoire à bords relevés. Ce dernier phénomène avait surtout frappé l'attention des Anciens, qui ne manquaient jamais de regarder cette altération du sang comme un signe d'inflammation.

Maladies qui peuvent être confondues avec la pleurésie aiguë. — Le diagnostic de la pleurésie est quelquefois assez difficile à établir, surtout chez les enfans, qui ne rendent pas compte de leur état, chez les aliénés, et chez les individus qui ont habituellement la respiration difficile.

La pleurodynie et la pneumonie sont les affections qu'on peut le plus souvent confondre avec l'inflammation des plèvres. Dans la pleurodynie, il y a douleur de côté comme dans la pleurésie, mais il y a absence de fièvre et des autres symptômes généraux : la poitrine percutée rend un son clair ; auscultée, elle fait entendre le bruit de la respiration. Il arrive souvent que la douleur porte instinctivement le malade à dilater moins fortement le poumon du côté affecté. La respiration vésiculaire est alors peu intense et pourrait faire croire à l'existence d'une pleurésie, si on n'avait la précaution de recommander au malade de respirer plus fortement; les poumons recevant alors une plus grande quantité d'air, se dilatent d'une manière égale, et font entendre le bruit de la respiration dans toute sa pureté.

La pleurésie est plus difficile à distinguer de la pneumonie, à cause de la fréquente union de ces deux phlegmasies. Dans la pleurésie, le pouls est dur et fréquent, le point de côté pongitif. Dans la pneumonie, le pouls est fréquent, large et mou; la douleur de côté est obtuse : c'est plutôt un sentiment d'étouffement et d'oppression. Dans la pleurésie avec épanchement, la matité du thorax survient dans la première période. Il y a égophonie, s'il existe déjà une certaine quantité de liquide ; puis, absence d'égophonie, quand l'épanchement est considérable; enfin, réapparition de l'égophonie, quand l'épanchement commence à être absorbé. Dans la pneumonie, la matité de la poitrine va graduellement croissant. On observe, dès le début, un râle sec et crépitant; la poitrine résonne par la percussion ; peu à peu le râle crépitant diminue, et bientôt une matité complète annonce l'absence de tout bruit vésiculaire. Quand la résolution commence à s'opérer, le râle crépitant paraît de nouveau et avec lui le retour de la respiration. Dans la pleurésie, les crachats sont rares, clairs, visqueux, présentent quelquefois des stries de sang. Ils sont plus abondans dans la pneumonie, ressem-

blent, dans la première période, à du mucus mêlé à de la salive ; ensuite ils sont sanguinolens, couleur de rouille, tenaces, gélatineux, adhérens au vase qui les reçoit. Si la pneumonie passe à l'état de suppuration, ils deviennent noirâtres, purulens (*jus de pruneaux*) ; si la résolution s'opère, ils revêtent les caractères de ceux de la bronchite. Quand la pleurésie est devenue chronique, le diagnostic est beaucoup plus difficile à établir ; d'un autre côté, il n'y a point de différence entre les signes d'un épanchement pleurétique et ceux de l'hydrothorax essentiel.

Il est encore d'autres maladies qui peuvent simuler la pleurésie. Je me contenterai de les énumérer. Bouillaud pense que la péricardite est souvent difficile à distinguer de la pleurésie diaphragmatique. Stoll rapporte qu'un épanchement de pus dans la plèvre gauche avait refoulé la rate en bas, de sorte que la douleur, que l'on croyait appartenir à l'abdomen, avait pour cause l'épanchement dans le thorax. Une pareille tumeur et les douleurs qu'elle occasionait, étaient bien propres à faire croire qu'il y avait une péritonite circonscrite. L'inflammation de la face convexe du foie simule quelquefois la pleurésie ; et, quand il n'y a point d'ictère, la méprise est alors facile. Enfin, le pneumo-thorax, le catarrhe pulmonaire, etc., etc., peuvent faire croire un instant qu'il y a inflammation de la plèvre ; mais un examen attentif suffira pour différencier ces diverses maladies.

Pleurésies circonscrites. —Ces inflammations partielles sont très-fréquentes. Le plus souvent elles ne révèlent leur existence par aucun symptôme assez important, pour engager l'individu qui en est affecté à recourir à un homme de l'art ; elles se terminent par des brides qui unissent les poumons aux côtes. Les Anciens, frappés de trouver dans beaucoup de cadavres dont ils faisaient l'autopsie, des brides pareilles, croyaient qu'elles étaient naturelles et leur avaient donné le nom de ligamens des poumons. Aujourd'hui, on sait que ces prétendus ligamens sont produits par des inflammations circonscrites de la plèvre.

Les pleurésies partielles s'observent plus fréquemment chez les individus qui ont été atteints de pleurésie générale. Les fausses membranes déjà existantes forment des loges, des compartimens, qui ne permettent pas au liquide d'une nouvelle formation de s'épancher dans la cavité de la plèvre. Se trouvant ainsi incarcéré, cet épanchement est d'autant plus difficile à

reconnaître, qu'il est plus petit et situé plus profondément entre les scissures du poumon, sa base et le diaphragme. En outre, renfermé dans des membranes peu susceptibles d'absorption, ce liquide s'altère, devient puriforme, refoule le poumon, le creuse et forme des cavernes. Ce n'est point impunément que des lésions aussi graves viennent frapper le tissu pulmonaire : l'irritation qui y existe donne naissance, soit à une pneumonie, soit à des tubercules, suivant les prédispositions de l'individu; et, si des tubercules existent, il n'est pas rare de voir alors se succéder, dans un espace de temps très-court, toutes les périodes de la phthisie.

Un mot sur la pleurésie bilieuse. — La pleurésie bilieuse fut observée en 1776 (avril), et décrite avec beaucoup de précision par Stoll. Elle règne presque toujours épidémiquement et sous l'influence d'une constitution atmosphérique. Ses symptômes varient peu de ceux de la pleurésie simplement inflammatoire. Les principaux sont : de l'inappétence; un goût amer et fade ; des frissons suivis de chaleur; un point pleurétique peu marqué; la langue est couverte d'un enduit jaunâtre, verdâtre, muqueux ; la soif est peu intense; il y a des rapports acides, des nausées, des selles bilieuses ; les crachats sont jaunâtres, les urines sédimenteuses et le pouls variable.

Les évacuations sanguines conviennent peu dans le traitement de ces sortes de pleurésies; on emploie avec plus d'avantage les vomitifs (*Ipécacuanha, tartre stibié*). Le pronostic de la pleurésie bilieuse n'est jamais aussi fâcheux que celui de la pleurésie aiguë inflammatoire.

Terminaison de la pleurésie. — Elle se termine par la résorption de l'épanchement, par l'organisation des fausses membranes, par l'évacuation du liquide à travers les bronches ou les parois thorachiques, par la gangrène, par la mort, ou bien elle passe à l'état chronique.

Résorption. — La première de ces terminaisons est la plus fréquente et la plus avantageuse. On connaît qu'elle a lieu, quand la fièvre est moins forte, que la respiration commence à s'entendre, quand la dyspnée n'existe plus, que le facies du malade revient à son état naturel, et que ses forces renaissent. Il n'est pas rare d'observer, dans cette période, des phénomènes critiques. Les plus communs ont lieu par les sueurs ou par les urines qui, de rares qu'elles étaient, deviennent tout à coup copieuses. On a vu quelque-

fois une pleurésie se juger par une hémorrhagie nasale (Galien , Arétée) ; un flux hémorrhoïdal , une hémorrhagie utérine (Hippocrate , Galien) ; un érysipèle , une affection miliaire. Enfin , l'inflammation d'organes voisins , comme celle des parotides, du tissu cellulaire, etc., etc. , a été notée comme une crise salutaire par Quarin , Stoll , et autres. Le médecin doit toujours respecter ces mouvemens critiques, et doit même chercher à les favoriser. La terminaison de la pleurésie par l'évacuation au-dehors de l'épanchement, est rare. Elle peut avoir lieu de deux manières: le liquide peut se frayer une voie à travers les parois de la poitrine , ou bien arriver à travers les poumons jusqu'aux bronches , et être rejeté tout à coup. La mort, ou un prompt rétablissement , suit de près ce mode de terminaison.

État chronique. — La pleurésie chronique succède très-souvent à la pleurésie aiguë : on voit alors la fièvre lente survenir , les fonctions digestives se détériorer , le malade tomber dans un état d'amaigrissement qui le conduit au tombeau. Ces pleurésies s'accompagnent le plus ordinairement d'infiltration générale , d'épanchemens dans les cavités séreuses ; le cœur est quelquefois déplacé de sa position normale. Il n'est pas rare de voir la colonne vertébrale s'incliner du côté affecté. La poitrine se resserre ; les côtes se rapprochent; les muscles pectoraux s'atrophient. Ce rétrécissement peut exister sans troubler en aucune manière la santé : il a lieu quand l'épanchement est absorbé avec trop de lenteur , ou quand une cause quelconque empêche le poumon de se dilater et de se rapprocher des côtes.

Terminaison par la mort. — La mort peut avoir lieu par l'augmentation des symptômes , par asphyxie (s'il y a un double épanchement), et par gangrène. Quand cette dernière termine la maladie qui nous occupe, on observe tous les phénomènes de l'adynamie générale : face cadavéreuse ; extrémités froides ; délire; pouls faible, intermittent; sueurs froides ; expectoration supprimée , ou bien noire et fétide ; quelquefois , mais rarement , couleur noire des tégumens correspondans à la partie affectée.

PRONOSTIC.

Il varie suivant les causes qui la provoquent, son siége, ses complications, la nature de l'épanchement (s'il en existe), sa quantité, les constitutions atmosphériques, et une foule d'autres circonstances.

Causes. — Les causes qui donnent lieu à l'inflammation des plèvres, influent d'une manière bien sensible sur son pronostic. C'est ainsi que la pleurésie, produite par une cause traumatique, aura une issue plus funeste que celle qui surviendra après la suppression de la sueur. Cette dernière disparaîtra presque toujours, sous l'influence d'un traitement méthodique; la première, au contraire, se compliquera souvent de pneumonie; et si des vésicules pulmonaires ont été rompues, l'air extérieur pénétrant par cette solution de continuité, se répandra dans la poitrine et donnera naissance au pneumo-thorax.

Siége. — Le pronostic de la pleurésie varie suivant le siége qu'elle occupe. L'observation a prouvé que la pleurésie diaphragmatique et la pleurésie médiastine étaient plus dangereuses qu'une inflammation plus étendue dans d'autres portions de la plèvre. La première s'accompagne toujours de graves symptômes; la seconde peut très-bien communiquer l'inflammation à la séreuse du cœur.

Nature de l'épanchement. — Si l'épanchement est considérable, de mauvaise nature, s'il occupe les deux côtés de la poitrine, le pronostic sera défavorable. Un épanchement séreux est moins à craindre qu'un épanchement purulent.

Constitution atmosphérique. — Il se rencontre peu de praticiens qui n'aient remarqué combien les constitutions atmosphériques influaient sur le développement et le pronostic des maladies. Telle affection qui aurait cédé auparavant à un traitement ordinaire, devient alors rebelle à ces mêmes moyens thérapeutiques, tend à s'aggraver ou à se compliquer. C'est ainsi que la grippe peut revêtir quelquefois des caractères insidieux et dégénérer en pneumonie, etc., etc. Dans toutes ces circonstances le pronostic est grave. Enfin, la pleurésie sera d'autant moins dangereuse, qu'elle sera

sans épanchement, n'occupera qu'un petit espace de la plèvre, et sera libre de toute complication.

TRAITEMENT.

Tous les praticiens sont d'accord d'attaquer la pleurésie aiguë par d'abondantes évacuations sanguines. Si, eu égard à la bénignité des symptômes, on n'oppose à l'inflammation qu'un traitement peu actif, on a souvent lieu de s'en repentir, soit parce qu'un épanchement survient, soit parce que la phlegmasie négligée se propage au parenchyme pulmonaire.

La quantité de sang qu'il faut tirer, varie suivant le mode d'irritation, la période de la maladie, ses complications, l'âge, le sexe du malade, etc., etc. En général, quand le sujet est phléthorique, on pratique, dès le début de la pleurésie, une large saignée. Je dis large, parce que deux, trois petites saignées, faites à des époques plus ou moins éloignées, n'apportent jamais autant de soulagement qu'une saignée copieuse. La veine du bras est celle que l'on ouvre de préférence. Si on avait à traiter une femme à l'approche de ses règles, il serait plus convenable de pratiquer la saignée au pied. Quand, après une ou deux saignées, le point de côté persiste, on applique des sangsues (*loco dolenti*) en nombre convenable; après leur chute, on couvre la poitrine d'un large cataplasme émollient, arrosé avec du laudanum. L'application des ventouses scarifiées peut, d'après Laennec, remplacer avantageusement les sangsues, en ce que leur application est simple, facile et toujours à la portée du médecin. La quantité de sang qu'on en retire est mieux connue; et elles n'ont pas, comme ces dernières, l'inconvénient de laisser le sang s'épancher sur la poitrine et les couvertures du malade, et de produire une sensation de froid qu'on doit toujours redouter pendant le cours des inflammations de poitrine.

Le malade sera tenu à une diète sévère pendant plusieurs jours, jusqu'à ce qu'il y ait amélioration. On lui prescrira l'usage d'une boisson légèrement diaphorétique (dans le début), puis émolliente. Ces boissons doivent se prendre chaudes, édulcorées, et en petite quantité à la fois. Prises abondamment elles surchargeraient l'estomac, pourraient donner lieu à des indigestions qui, en soulevant le diaphragme, gêneraient la respiration.

C'est pour cela qu'Hippocrate conseillait à ses malades de se servir de vaisseaux à goulots courts et étroits. S'il y a de la toux, de l'insomnie, on prescrira des loochs avec le sirop diacode.

Les bains tièdes sont employés avec avantage dans l'état aigu de la pleurésie. Toutefois ils sont à redouter, à cause du refroidissement qui leur succède. Si on y a recours, on les fera prendre dans la chambre du malade, afin que ce dernier soit bientôt rendu dans son lit, qu'on aura eu soin de chauffer convenablement. Hippocrate conseille de donner des lavemens au commencement des pleurésies. Il donne cet excellent moyen, pour ne point permettre que le corps soit trop constipé.

Les vomitifs ne sont guère employés dans la pleurésie aiguë inflammatoire, à moins qu'il n'y ait embarras gastrique, ou pleurésie bilieuse de Stoll. Mais un doux laxatif (*Manne ; huile de ricin*), administré dans les premiers jours de la maladie et renouvelé de temps en temps, produira de très-bons effets. Le tartre stibié et les frictions mercurielles à haute dose ont été employés avec succès dans le traitement de la pleurésie.

Tant qu'il existe des symptômes d'inflammation, on doit avoir recours aux évacuations sanguines ; mais, dès qu'ils se modèrent, la période d'absorption commence : on doit recourir alors aux dérivatifs. Un large vésicatoire dont on entretiendra la suppuration, sera appliqué sur le côté malade. Si, après un certain temps, l'épanchement ne diminue pas, on appliquera de nouveaux vésicatoires, soit à côté du précédent, soit aux extrémités inférieures. On prescrira, en même temps, les purgatifs, et les diurétiques à haute dose (*Calomel; acétate de potasse ; sel de nitre*). Lorsque, malgré tous ces moyens propres à détruire l'état morbide, la pleurésie tend définitivement à la chronicité, on peut encore avoir recours à des moyens médicinaux et chirurgicaux, dont je ne dois pas m'occuper ici.

Caractères anatomiques de la pleurésie aiguë. — Frappée d'inflammation, la plèvre présente des altérations de tissu et des altérations de sécrétion. Le tissu cellulaire sous séreux est injecté ; la plèvre elle-même paraît comme pointillée de rouge et sillonnée de toutes parts par des vaisseaux sanguins bientôt appréciables à la simple vue ; toute sa surface phlogosée laisse exsuder un liquide amorphe, qui produit deux matières de nature différente, l'une demi-concrétée, l'autre liquide. La première est

désignée sous le nom de pseudo-membrane; la seconde forme l'épanchement séro-albumineux.

Fausses membranes. — Les fausses membranes sont blanchâtres, jaunâtres, demi-transparentes, d'une épaisseur et d'une consistance variables selon l'époque où on les examine. Dans le premier temps de leur formation, elles sont molles, blanches, ont une demi-ligne à deux lignes d'épaisseur; plus tard, elles deviennent de plus en plus minces et transparentes, et tendent à se convertir en tissu séreux analogue à celui de la plèvre.

Ces feuillets membraneux forment des brides irrégulières, qui s'entre-croisent de diverses manières, et joignent, dans la plupart des cas, la plèvre costale à la plèvre pulmonaire. Les phénomènes de l'organisation s'y manifestent: on y voit d'abord paraître des points rouges, qui s'alongent en stries et deviennent de véritables vaisseaux, dont l'anastomose avec ceux de la plèvre et des poumons a lieu peu à peu, de manière à les faire entrer comme partie du système circulatoire. Mais, pour atteindre ce degré d'organisation, il faut que l'irritation de la plèvre cesse; car, si elle continue, des produits morbifiques seraient toujours sécrétés, et mettraient obstacle à la formation des pseudo-membranes.

Épanchement séreux. — L'épanchement séreux qui accompagne les fausses membranes, se présente sous la forme d'une sérosité citrine, quelquefois trouble et jaune; du sang peut aussi y être épanché (*pleurésie hémorrhagique de* Laennec), et le rendre plus ou moins brunâtre. Il est ordinairement sans odeur, mais susceptible d'en acquérir quand d'autres maladies viennent compliquer la pleurésie, comme la gangrène. La quantité de l'épanchement varie depuis une once, jusqu'à plusieurs pintes. Laennec a remarqué qu'elle est en raison inverse de l'inflammation; qu'elle est plus grande chez les sujets faibles et lymphatiques; que, chez ces mêmes individus, les fausses membranes étaient plus rares, peu consistantes, et se laissaient déchirer facilement.

L'époque de la formation de l'épanchement a été long-temps un sujet de discussion. Les Anciens pensaient qu'il n'avait lieu qu'à la fin de la pleurésie; les Modernes, au contraire, prétendent qu'il paraît dès le début, et qu'un espace de temps très-court suffit à sa production.

Les effets produits par l'épanchement pleurétique sont plus ou moins

marqués, suivant sa quantité. Quand elle est considérable, on voit les côtes écartées, la poitrine bombée, les poumons comprimés et refoulés vers la colonne vertébrale, n'occupant qu'un très-petit espace. Le diaphragme est refoulé en bas et fait saillir les viscères contenus dans l'abdomen. Si l'épanchement est moindre, ou si le sujet a déjà eu une pleurésie, la plupart de ces phénomènes n'ont pas lieu; car, dans le premier cas, peu de liquide ne peut produire aucun des phénomènes précités, et, dans le second cas, les brides qui unissent les poumons à la plèvre costale sont assez fortes pour ne point permettre au liquide d'une nouvelle formation de s'y interposer.

FIN.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er EXAMEN. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicamens, Pharmacie.*

2me EXAMEN. *Anatomie, Physiologie.*

3me EXAMEN. *Pathologie interne et externe.*

4me EXAMEN. *Hygiène, Matière médicale, Médecine légale, Thérapeutique.*

5me EXAMEN. *Clinique interne et externe, Accouchemens.*

6me EXAMEN. *Présenter et soutenir une Thèse.*

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

Professeurs.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET, Président.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILLE, *Suppléant.*	*Botanique.*
LALLEMAND,	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL, *Examinateur.*	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DUGÈS.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchemens, Maladies des femmes et des enfans.*
GOLFIN, *Examinateur.*	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES, *Examinateur.*	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
M.	*Pathologie et Thérapeutique générale.*

Agrégés en exercice.

MM. VIGUIER	MM. FAGES.
KÜHNHOLTZ.	BATIGNE, *Examinateur.*
BERTIN.	POURCHÉ.
BROUSSONNET fils, *Suppléant.*	BERTRAND, *Examinateur.*
TOUCHY.	POUZIN.
DELMAS fils.	SAISSET.
VAILHÉ.	ESTOR.
BOURQUENOD.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.